

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

N°

THÈSE
POUR

206

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT
PAR

LEPROUST (Jean-Marie-Georges)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Paris, le 18 Décembre 1901

Les Déviations du maxillaire
inférieur d'origine épiphysaire
Leur traitement
par la résection orthopédique du condyle

Président : M. Pierre SÉBILEAU

*Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique — Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien à l'Hôpital Lariboisière — Commandeur de la Légion d'honneur*

Éditions de *La Semaine Dentaire*

12, Rue de Hanovre, Paris-2^e

1927

20

**Les Déviations du maxillaire
inférieur d'origine épiphysaire**

Leur traitement
par la résection orthopédique du condyle

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1927

N°

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT
PAR

LEPROUST (Jean-Marie-Georges)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né à Paris, le 18 Décembre 1901

Les Déviations du maxillaire
inférieur d'origine épiphysaire
Leur traitement
par la résection orthopédique du condyle

Président : M. Pierre SÉBILEAU

*Professeur de Clinique Oto-Rhino-Laryngologique — Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien à l'Hôpital Lariboisière — Commandeur de la Légion d'honneur*

Éditions de *La Semaine Dentaire*

12, Rue de Hanovre, Paris-2°

1927



Le Doyen : M. ROGER.

I. PROFESSEURS

	MM.
atomie	NICOLAS.
atomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
siologie	ROGER.
sique médicale	STROHL.
nie organique et Chimie générale	DESGREZ.
tériologie	LEMIERRE.
asitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
nologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
nologie médicale.....	SICARD.
nologie chirurgicale	LECÈNE.
atomie pathologique	ROUSSY.
nologie	PRENANT.
rmacologie et matière médicale	N.
rapeutique	CARNOT.
ienne	Léon BERNARD.
ecine légale	BALTHAZARD.
oire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
nologie expérimentale et comparée	N.
ique médicale.....	GILBERT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
ienne et Clinique de la première enfance	MARFAN.
ique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
ique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
ique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
ique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
ique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
ique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
ique ophtalmologique	TERRIEN.
ique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
ique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
ique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
ique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
ique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
ique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
ique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
ique thérapeutique.....	SERGENT.

II. -- AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI.....	Pathologie médicale.
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN.....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY.....	Histologie
CHIRAY.....	Pathologie médicale
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG.....	Anatomie pathologique
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER....	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expérimente.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER..	Urologie.

MM.

HOVELACQUE..	Anatomie.
JOYRUX.....	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)..	Chimie biologique.
LARDENNOIS...	Pathologie chirurgie
LE LORRIER...	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngolo
LÉVY-SOLAL...	Obstétrique.
LHERMITTE....	Pathologie mentale
LIAN.....	Pathologie médicale
MATHIEU.....	Pathologie chirurgie
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgie
MONDOR.....	Pathologie chirurgie
MOURE.....	Pathologie chirurgie
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT.....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale
RICHET Fils...	Physiologie.
TANON.....	Pathologie médicale
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE.....	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médical
WELTER.....	Ophthalmologie.

III. -- AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

M. GOUGEROT..	Pathologie médicale.		M. GUÉNIOT.....	Obstétrique.
	M. RETTERER..			Histologie.

IV. -- AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.

VRAY Clinique chirurgicale.
EVASSU..... Clinique chirurgicale.
EL-LAVASTINE..... Clinique médicale.
REBOULLET. Clinique médicale in-
fantile.

MM.

LÉRI Clinique médicale.
LÉPER Clinique médicale.
PROUST Clinique chirurgicale.
RATHERY..... Clinique médicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.

V. -- CHARGÉS DE COURS

MAUCLAIRE, agrégé...	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
N.....		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En témoignage de mon affection et
de ma reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR SEBILEAU

*Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière
Commandeur de la Légion d'honneur*

Qui nous a fait le très grand honneur de présider cette thèse, élaborée dans son service.

Nous le prions de trouver ici, l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.

A M. LE DOCTEUR DUFOURMENTEL

*Ancien Chef de Clinique à la Faculté de Médecine
Professeur de Chirurgie maxillo-faciale à l'Ecole dentaire de France
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre*

Qui nous a inspiré ce travail,
toute notre admiration et notre
reconnaissance pour ses conseils
prodigués avec tant d'amabilité.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Stage

- 1921-1922 M. le Professeur SERGENT.
1922 M. le Professeur HARTMANN.
1922-1923 M. le Docteur BERGER, *in memoriam*.

Exlernal

- 1923 M. le Docteur AUCLAIR.
1923-1924 M. le Docteur LABEY.
1924-1925 M. le Professeur Agrégé JOUSSET.
1925 M. le Docteur Félix RAMOND.
1925-1926 M. le Professeur Agrégé AUBERTIN.
1926 M. le Professeur Agrégé LARDENNOIS.

A MM. les Docteurs PRUVOST, D'ALLAINES,
MADIER, MONOD.

A MES MAITRES DE L'ECOLE FRANÇAISE
DE STOMATOLOGIE

INTRODUCTION

Le 4 février 1927, le docteur Dufourmentel présentait à la Société des Chirugiens de Paris, une malade qu'il avait opérée le mois précédent pour une déviation irréductible de la mâchoire inférieure.

Le 22 février, il opérerait un homme, cette fois, atteint de la même infirmité.

Ces deux malades constituent un tableau clinique bien tranché : l'âge des opérés, l'évolution de leur affection, l'examen des pièces anatomiques, tout contribue à les rapprocher dans l'esprit du chirurgien.

Tous les deux ont été examinés et traités à Lariboisière dans le service du Professeur Sebileau. Il s'agit de déviations progressives du maxillaire inférieur, d'origine ostéo-articulaire.

Les lésions portent essentiellement sur le condyle et son cartilage articulaire. L'interrogatoire et l'examen ne révèlent aucune infection de voisinage, ni aucun traumatisme, il semble bien que nous soyons en face d'une affection primitive articulaire ou juxta-articulaire.

Le docteur Dufourmentel a bien voulu nous charger d'étudier dans cette thèse le cas de ses deux opérés. A cet effet, nous avons jugé utile de rappeler d'abord pour plus de clarté les différentes causes de déviation du maxillaire inférieur, tant chez l'adulte que chez l'enfant.

Nous étudions les signes cliniques présentés par les malades, les lésions que nous avons constatées chez eux et les déformations les plus courantes de l'articulation temporo-maxillaire. Enfin, après avoir exposé le traitement

et les résultats obtenus, nous cherchons la nature et la cause des lésions.

La première observation a déjà été publiée par le docteur Dufourmentel. Nous avons recueilli la seconde (1) dans le service du Professeur Sebileau et nous avons ajouté aux deux premières, une observation de Humphry, puisée dans la thèse de Déramé (obs. XV) qui a des rapports étroits avec les deux premières.

(1) Ce second opéré a été présenté ces jours-ci à la Société des Chirurgiens de Paris, par le Dr Dufourmentel.

DÉFINITION — GÉNÉRALITÉS

Une déviation du maxillaire inférieur est avant tout un signe clinique ; c'est une asymétrie faciale que le chirurgien voit dès le début d'un examen, avant même d'avoir fait un diagnostic. **Le menton** est reporté à droite ou à gauche, le nez servant de point de repère supérieur.

On constate surtout des rapports anormaux des arcades dentaires entre elles : la **ligne interincisive médiane** du bas ne correspond plus à celle du haut. Krivine, dans sa thèse, calcule la déviation en comptant le nombre des dents supérieures qui séparent la ligne médiane du bas de celle du haut : il parle de déviations d'une dent, de deux dents... C'est une mesure suffisante en clinique, mais très approximative, car les incisives sont plus ou moins larges et serrées et plus ou moins régulièrement disposées sur l'arcade. Quand les dents sont absentes, il conseille de prendre comme points de repère intra buccaux les deux **freins labiaux médians**. Il faut savoir que certains maxillaires ne sont déviés qu'étant abaissés, ou inversement.

On dira donc qu'il y a déviation de la mandibule toutes les fois que l'on verra le menton, la ligne inter-incisive médiane inférieure et le frein labial reportés à droite ou à gauche de leur vis-à-vis normal, que la bouche soit fermée ou béante ; ceci sans préjuger des causes.

L'os peut être dévié dans son ensemble, déformé ou encore fracturé.

En cas de fracture, la déviation ne portera que sur le fragment mentonnier qui est aussi, le plus souvent, le fragment principal. Enfin les déviations simples (latérogna-thismes) (1) seront le plus souvent accompagnées d'un certain degré de prognathisme ou de rétrognathisme. On note aussi un abaissement unilatéral de la mandibule.

(1) J'ai trouvé ce mot chez la plupart des auteurs ayant traité la question, mais il semblerait plus logique d'écrire "pleurothognathisme". Je continuerai cependant à dire moi-même latérogna-thisme, car ce mot est moins long et moins laid.

DIFFÉRENTES CAUSES DE DÉVIATIONS

Cliniquement nous distinguerons les déviations **mandibulaires passagères**, simples symptômes d'une affection qui est au premier plan, et les **déviations permanentes**, organisées, constituant par elles-mêmes de véritables infirmités, puisqu'elles sont presque toujours accompagnées de troubles masticatoires et phonétiques prononcés ; de plus elles défigurent les malades.

Déviations passagères : Dans la première catégorie, on note les latéro-déviations par **myosites** au cours d'accidents inflammatoires locaux, aigus ou subaigus.

Une déviation du côté sain avec béance et blocage de la mâchoire caractérise les **luxations unilatérales** de la mandibule.

Les latéro-déviations sont surtout un des signes de premier plan des **fractures** et des **pertes de substances** du maxillaire inférieur. Le fragment principal est alors reporté du côté de la lésion et en général subit un certain degré de rétropulsion, ce qui se traduit par l'effacement et la déviation du menton avec engrènement défectueux ou nul des deux arcades dentaires.

Lebedinsky note que, dans le cas de fractures sous condyliennes, l'articulé dentaire peut être normal et qu'alors la déviation apparaît seulement à l'ouverture de la bouche dans les mouvements de grande amplitude.

Enfin, suivant le siège du trait de fracture le fragment principal subit un abaissement ou une élévation. Naturellement, il n'est pas question de latérogathisme dans les fractures médianes.

Parmi les déviations passagères, il faut noter celles qui sont dues à des simples **phénomènes antalgiques** : ainsi pour éviter le choc d'une dent fracturée ou atteinte d'arthrite

aiguë par exemple, le malade déviera sa mâchoire instinctivement à chaque mouvement de fermeture.

Achard a rapporté un cas de **pithiatisme**.

Déviation permanente. — On les trouve comme séquelles de traumatismes :

Fractures consolidées en positions vicieuses, **pseudarthroses**, **luxations** méconnues, non traitées et organisées.

Maurel a très bien étudié dans sa thèse les déviations mandibulaires dues aux **lésions des parties molles** de la face et du cou sans atteintes osseuses. Elles se ramènent à deux types : les déviations occasionnées par des cicatrices fibreuses et celles qui relèvent de l'appareil musculaire (élévateurs de la mâchoire, abaisseurs, propulseurs, rétropulseurs, diducteurs). On peut mettre en cause suivant les cas des paralysies, des constrictionnements ou des atrophies musculaires.

Nous n'énumérerons pas les **tumeurs** bénignes et malignes susceptibles par leur volume de troubler les rapports normaux des deux maxillaires.

Il faut rappeler que des **anomalies dentaires** relevant de l'orthodontie peuvent produire des glissements latéraux du maxillaire inférieur et que « l'asymétrie mandibulaire est une affaire d'adaptation » (Le Double). En effet, « l'habitude de mâcher les aliments à droite ou à gauche, la nécessité imposée aux vieillards, quelquefois même aux adultes, de les mâcher d'un côté plus que de l'autre » (Le Double) peuvent faire dévier nettement la mandibule.

Par un mécanisme analogue, certaines **opérations mutilantes** de la face, peuvent avoir aussi un retentissement sur le maxillaire inférieur ; le docteur Dufourmentel nous a communiqué à ce sujet l'observation d'un malade, M. J..., qui était venu le consulter à la suite d'une intervention. Il avait été opéré en 1919 de sinusite maxillaire : la destruction de la presque totalité de la paroi antéro-latérale du sinus avait produit un affaissement marqué de l'os et secondairement le maxillaire inférieur s'était trouvé basculé du même côté.

Les *déviation chez l'enfant*, relevant de causes différentes méritent d'être citées à part. C'est au premier plan le **ra-**

chitisme avec l'atrésie des maxillaires et les torsions qu'il leur fait subir, les **luxations congénitales** qui sont « plutôt des malformations de l'articulation que des luxations vraies » (Frey et Ruppe).

Nous citerons un cas de **déviatiou congénitale** chez un enfant âgé d'un mois (Dr Dufourmentel). Cette asymétrie était due à la plus grande ouverture de l'un des angles de la mâchoire inférieure et au raccourcissement de la branche montante correspondante.

Enfin, les tératomes et les déformations cranio-faciales imputables à l'idiotie, à la microcéphalie...

Nous avons passé volontairement sous silence dans ce chapitre, les latérogathismes d'origine articulaire ou ostéo-articulaire. Nous avons voulu les étudier plus à fond en nous basant sur les observations et les documents reproduits dans cette thèse et en nous appuyant sur l'expérience incontestée du Dr Dufourmentel en ce qui touche l'articulation temporo-maxillaire.

ETUDE CLINIQUE DES DÉVIATIONS D'ORIGINE ARTICULAIRE

L'*interrogatoire* renseigne sur le début et l'évolution de la maladie : le patient, dans deux cas (observ. I et III) avait noté deux ans et six ans auparavant des **douleurs** peu intenses dans l'articulation temporo-maxillaire. Ces douleurs accompagnaient les mouvements et la mastication. Il existait aussi des **craquements** de la région temporo-maxillaire. Cependant le malade de l'observation II n'avait noté aucune douleur ni aucun craquement : la difficulté qu'il éprouvait à broyer ses aliments l'a décidé seule à venir consulter. Aucun traumatisme, aucun signe inflammatoire aigu dans les antécédents.

Examen local. — La bouche étant fermée, le menton n'est plus dans l'axe du nez, il est reporté du côté de l'articulation saine. Du côté de la lésion soupçonnée, le bord inférieur du maxillaire est abaissé. Ayant écarté les lèvres et le malade gardant la mâchoire serrée, on peut constater que la ligne médiane du maxillaire inférieur situé entre les deux incisives centrales ne coïncide pas avec la ligne correspondante du maxillaire supérieur. Les dents antérieures du bas dépassent en avant celles du haut.

Quels que soient les efforts du patient et ceux du chirurgien, la déviation, le prognathisme et l'abaissement ne peuvent être réduits.

On constate que l'engrènement des molaires et des prémolaires est tout à fait vicié ou même complètement nul. Cependant chacune des deux arcades, a séparément, un aspect tout à fait régulier.

Les mouvements d'ouverture et de fermeture de la mâchoire ont une amplitude normale ou à peu près, mais ils exagèrent la déviation et peuvent être accompagnés de légers craquements articulaires plus facilement percepti-

bles au doigt qu'à l'oreille. La palpation décèle un **condyle hypertrophié et saillant sous la peau**, sous forme d'une masse dure, arrondie, ou allongée d'avant en arrière.

Le malade prononce mal certaines lettres (les d et les t surtout...).

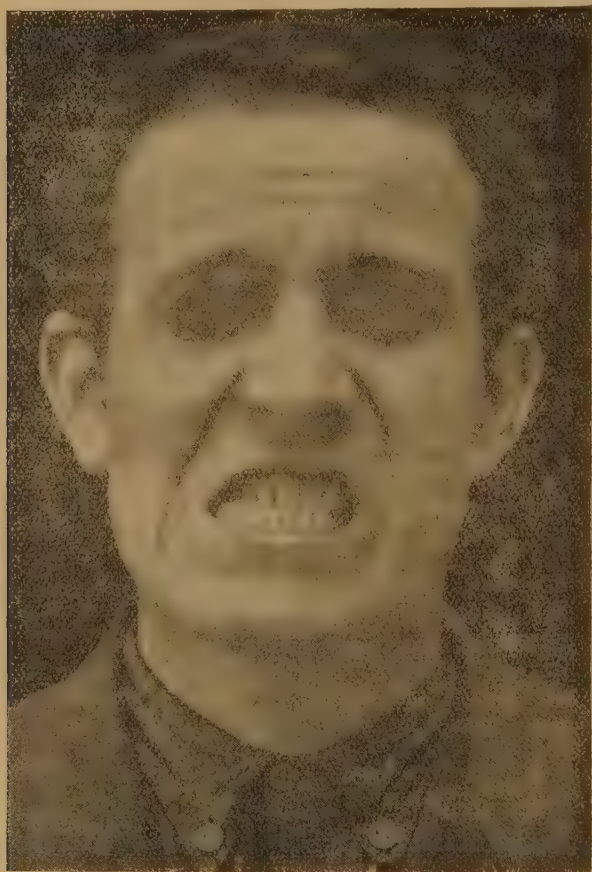


Fig. 1.

R. D.: (obs. II) avant l'intervention. La ligne médiane interincisive du bas correspond à l'incisive latérale droite supérieure.

Il est indispensable de **mesurer** de chaque côté la distance qui sépare l'angle de la mâchoire du zygoma et la différence sera notée avec précision en vue du traitement chirurgical. On finira l'examen fonctionnel en priant le patient de mastiquer une bouchée de pain.

Une **radiographie** de profil confirme l'hypertrophie du condyle, mais celle de face est plus instructive, car elle permet de comparer les deux côtés et de constater que le plan passant par les angles de la mandibule n'est plus parallèle au plan des cavités glénoïdes.

Il est utile de faire prendre l'empreinte des arcades dentaires par un spécialiste, ce qui permet

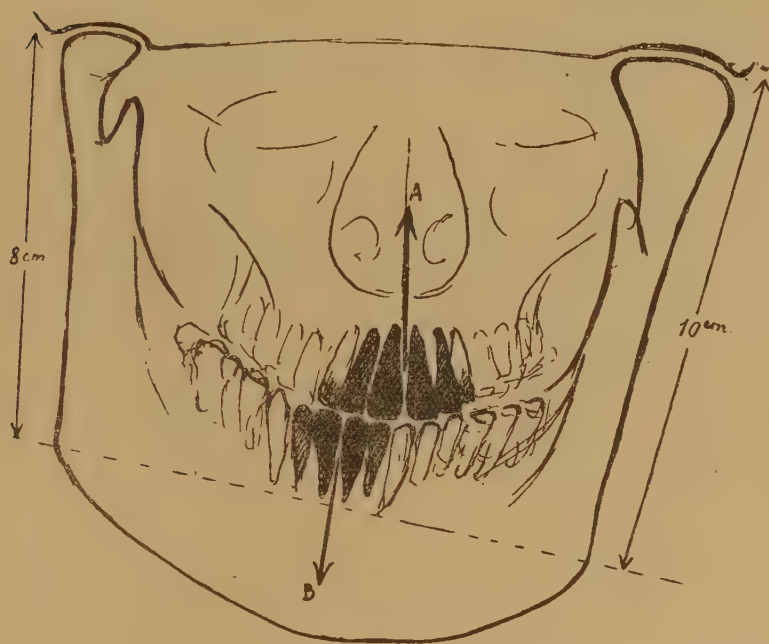


Fig. 2.
Schéma de la radiographie de face (obs. II).

plus sûrement les anomalies de l'articulé. Si l'on doit faire des examens successifs, des photographies de face et de profil permettront d'enregistrer la progression de l'asymétrie faciale.

L'examen général, lui, n'a rien montré, sinon une métrite avec d'abondantes pertes blanches et un **Wassermann positif** chez M^{me} M... (observ. I) et un **Wassermann positif** chez M. D... (observ. II).

Humphry n'avait relevé, lui non plus, aucun symptôme

d'ordre général. Nous reparlerons des examens de laboratoire en discutant l'étiologie des lésions.

L'examen local et l'interrogatoire permettent donc d'affirmer qu'il n'existe aucune tumeur, aucune déformation du corps de la mandibule, qu'il n'y a aucune paralysie, aucune constriction ; enfin on ne peut invoquer aucun traumatisme portant sur les os ou les parties molles, ni aucune perte de substance.

DIFFÉRENTES DÉFORMATIONS ARTICULAIRES

Mais les douleurs, les craquements temporo-maxillaires et la saillie anormale de l'un des condyles dans les trois observations, aiguillent vers des troubles épiphysaires et articulaires.

On connaît bien les déformations portant sur les grosses articulations (genou, coude, épaule, etc.) et d'autres plus petites (articulations métacarpo-phalangiennes), mais on n'a noté qu'en passant celles qui sont particulières à la temporo-maxillaire. Aussi nous les exposerons ici systématiquement avec les troubles mécaniques qu'elles engendrent.

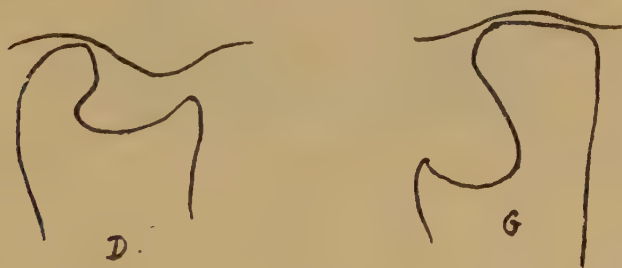


Fig. 3.

Le condyle gauche est augmenté de volume verticalement et dans le sens antéro-postérieur. La glène est aplatie. (Schéma calqué sur la radiographie (obs. II.)

Le *condyle* est quelquefois aplati de haut en bas, ce qui le raccourcit et produit de la béance entre les deux groupes incisifs supérieur et inférieur.

Il peut être allongé verticalement ou dans le sens antéro-postérieur par des végétations osseuses irrégulières (ostéophytes) ou par une augmentation massive et uniforme. Les **hypertrophies de haut en bas** produisent un abaissement du maxillaire inférieur du même côté ; l'**hypertrophie antéro-postérieure** rejette en avant l'hémi-maxillaire correspondant ; le condyle butant en arrière, ne trouve qu'en

avant un espace libre suffisant : d'où cette propulsion. De plus les mouvements de propulsion et de diduction sont gênés. Comme l'hypertrophie est habituellement uniforme dans les deux sens, on constate une propulsion et un abaissement simultanés, et le maxillaire se déplace autour d'un point fixe : le condyle du côté opposé. Cette fixité du condyle sain à sa place normale contribue à la déviation.

L'*articulé dentaire*, autre élément de " l'articulation temporo-maxillo-dentaire ", subit de ce fait de graves dommages :

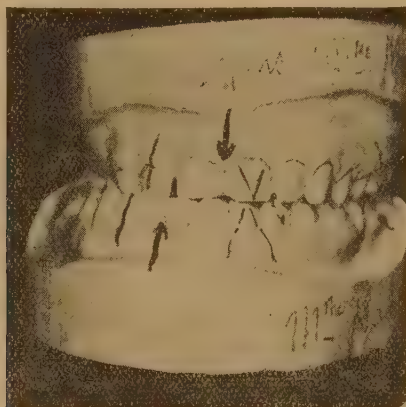


Fig. 4.

Moulages montrant la déviation et les troubles de l'articulé dentaire chez Mme M... (obs. I).

les arcades dentaires ont perdu leurs rapports normaux, les dents antagonistes peuvent n'être en contact que par quelques cuspides. Elles s'usent vite en ces points-là.

La *cavité glénoïde* est généralement effacée, aplaniée, ce qui exagère encore l'abaissement et facilite les luxations. Des ostéophytes peuvent tapisser la cavité glénoïde en son pourtour, mais moins souvent que le condyle.

Le *ménisque* peut s'épaissir et c'est une cause de luxation récidivante. Inversement on le trouve aminci et même perforé : il limite alors les mouvements d'ouverture des mâchoires. En s'enroulant en arrière du condyle, il peut aussi amener des luxations irréductibles ; il est susceptible de prendre les formes les plus irrégulières et peut flotter comme un véritable corps étranger entre le condyle et la paroi du temporal.

Il faut noter au cours de certaines arthropathies temporo-maxillaires la présence de **corps étrangers** osseux, cartilagineux, fibreux et même graisseux, complètement libres dans la cavité de l'article ou solidaires d'une des epiphyses ou de la synoviale. Ils ont été bien étudiés au niveau des grosses articulations ; ils limitent et rendent douloureux les mouvements du maxillaire inférieur et peuvent amener un blocage récidivant de l'articulation.

Nous ne reprendrons pas ici les discussions pathogéniques qui ont un intérêt général, mais ne concernent pas spécialement l'articulation temporo-maxillaire. Pour le même motif, nous nous contenterons de signaler que la **synoviale** peut s'infiltrer de tissus fibreux, cartilagineux et osseux, sous forme de plaques, d'aspérités et de végétations de formes les plus diverses, flottant à l'intérieur de la cavité articulaire ou complètement incluses dans son épaisseur.

La **capsule fibreuse** et les ligaments peuvent enfin se laisser distendre par une tension de longue durée.

Ces notions d'anatomie et de mécanique pathologiques sont indispensables au chirurgien qui entreprend l'examen d'une articulation temporo-maxillaire. Elles donnent à chacun des signes cliniques, une signification très précise et permettent un diagnostic sûr.

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Indications. — Dans les trois observations, la déviation progresse insensiblement, mais apparemment sans rémission ; la lésion osseuse de l'épiphyse est organisée et l'on ne peut espérer la réduire par un moyen orthopédique extérieur ni par un traitement médical ; en outre on peut craindre l'ankylose.

Ici une parenthèse. Nous avons trouvé l'observation III dans la thèse de Déramé sur l'ankylose temporo-maxillaire ; il semblait considérer ce cas d'épiphyssite chronique comme un acheminement vers l'ankylose, puisqu'il l'a classée avec d'autres cas d'ankyloses constituées. Il est possible certes, que cette forme d'épiphyssite aboutisse à la longue à une ankylose, mais rien ne permet de l'affirmer. Humphry en intervenant dans ce cas n'a prouvé, en effet, aucune ébauche de brides fibreuses et encore moins de travées osseuses, entre les deux éléments de l'article. Sa patiente ouvrait et fermait la bouche « sans trop de peine ».

Cette réflexion faite, nous admettons que la crainte de l'ankylose puisse être prise en considération, mais l'**impotence fonctionnelle** de la mâchoire et l'inefficacité certaine de tout autre traitement suffisent à décider une intervention.

Nature de l'intervention chirurgicale. — Elle consistera à prendre exactement le contre-pied du processus pathologique, c'est-à-dire à supprimer la néoformation osseuse et à sculpter au niveau du col condylien une nouvelle surface articulaire, dont la forme se rapprochera autant que possible de la forme d'un condyle ordinaire et qui assurera au maxillaire inférieur un fonctionnement régulier.

C'est pourquoi les mensurations précises au cours de l'examen clinique sont nécessaires ; le chirurgien doit savoir en découvrant l'épiphyse de combien il faudra la diminuer ;

il doit pouvoir se figurer à l'avance le condyle artificiel qu'il va créer ; il le dessinera sur place en sectionnant l'os suivant une ligne à convexité supérieure.

L'aplatissement de la cavité glénoïde doit aussi être compensée aux dépens de la branche montante ; aussi la simple suppression de l'exostose ne suffirait-elle pas. Il faut toujours sectionner un peu au-dessous d'elle.

On peut contrôler au cours de l'opération si la déviation est suffisamment réduite ; il serait préférable au besoin de s'y reprendre à deux fois comme l'a fait Humphry plutôt que de risquer une résection exagérée.

Berger, dans sa thèse, donne un schéma reproduisant l'engrènement dentaire d'une mâchoire normale dont il avait réséqué les condyles : les branches montantes sont donc raccourcies et, les deux dernières molaires du haut entrent, seules en contact avec les molaires du bas : il y a de ce fait un opistognathisme accentué avec béance antérieure. Nous notons ceci à titre purement spéculatif, car il est relativement facile de tomber juste et jamais l'intervention n'a dépassé le résultat cherché ; mais il est intéressant de savoir ce que donnerait une résection trop large.

A moins que sa forme soit une cause de luxation, on conservera le ménisque, car il est utile de sauvegarder au maximum les surfaces articulaires pour éviter plus sûrement les ankyloses secondaires post-opératoires. Aucune d'ailleurs n'a été relevée, qu'il s'agisse de résections bilatérales (prognathisme) ou unilatérales (latérogathisme).

Les recherches de Bureau sur le cadavre, l'intervention incomplète de Jaboulay chez un prognathe et les résections bicondyliennes déjà publiées par le docteur Dufourmentel, confirment le bien fondé de l'intervention. En outre, dans les cas qui nous intéressent, les résultats sont probants.

Nous devons noter avec Lejars que Muller et Riedel en Allemagne ont déjà réséqué deux condyles atteints d'arthrite sèche. Mais nos recherches n'ont pas abouti, en ce qui concerne ces interventions. Lejars signale seulement que les résultats fonctionnels ont été excellents et se sont maintenus plusieurs années.

TECHNIQUE DE LA RÉSECTION ORTHOPÉDIQUE DU CONDYLE

Que ce soit pour rompre une ankylose, pour réduire une luxation irréductible, un prognathisme ou une latéro-dévi-
ation, les interventions sur l'articulation temporo-maxil-
laire comportent toujours les mêmes difficultés avec quel-
ques variantes.

On pratique l'opération sous anesthésie générale ; l'anes-
thésie locale a même suffi dans certains cas (observ. II).

Bureau a décrit parfaitement dans sa thèse sur le traite-
ment du prognathisme la technique du docteur Dufour-
mentel :

- Incision en V pour éviter le facial et l'artère tempo-
rale superficielle (1).
- Abaissement des téguments et des rameaux du facial.
- Ligature des artérioles préauriculaires.
- Hémostase du plexus veineux péri-articulaire.
- Découverte du ligament latéral externe, puis de l'in-
terligne ménisco-condylien.
- Dénudation du col.
- Section du col à la scie de Gigli ou à la pince gouge.

Nous devons ajouter ici que la technique a été perfection-
née depuis 1921 par l'abandon de la scie de Gigli en faveur
du **tour à fraiser**. En effet, malgré l'aide apportée par le
passe-fil de Ferrier, la scie de Gigli est difficile à mettre en
place autour du condyle qu'il faut raser de très près en
dedans pour éviter l'artère maxillaire interne.

Pour ce travail en profondeur par un orifice étroit, la
fraise est plus commode et plus rapide. Il s'agit de fraises
assez grosses, adaptées à un tour électrique par l'intermé-

(1) Nous ne reviendrons pas sur les diverses incisions proposées pour
atteindre l'articulation temporo-maxillaire. Leur nombre indique suffisam-
ment la difficulté des interventions sur cette région.

diaire d'une « pièce à main ». Elles sont stérilisées ainsi que la pièce à main et branchées sur le tour juste au moment de servir.

On perfore l'os de place en place avec une fraise ronde suivant le contour curviligne de la future surface articulaire ; les orifices sont réunis entre eux à l'aide d'une fraise plate ou d'une pince-gouge à mors fin de Lombard.

Nous renvoyons à la thèse de Bureau pour la suite de l'opération :

Le condyle est fortement saisi avec un davier droit et libéré de ses attaches musculaires (ptérygoïdien externe) et ligamentaires. On régularise le nouveau condyle et pour le fixer en bonne position, il ne reste plus qu'à resserrer la capsule par plissement ou résection et sutures.

La mâchoire doit être alors fermée en bonne position. Au cours de l'intervention un choc sur l'os tympanal produisant la moindre fissure, aurait pour conséquence l'infection de l'articulation par une fistule communiquant avec le conduit auditif externe.

Quelques crins et pansement compressif pour terminer.

Incidents opératoires. — Bureau rapporte qu'il fut impossible de retrouver un condyle brusquement attiré dans la profondeur par le ptérygoïdien externe dès la section du col (aucune complication proche ou lointaine).

La temporo-maxillaire peut être sectionnée : ligature.

Suites opératoires. — Elles sont très simples : la cicatrisation se fait normalement et le malade est libre après deux ou trois jours.

Bureau a noté seulement deux cas de paralysie orbiculaire transitoire (domaine du nerf temporo-facial).

Pour notre part, nous avons constaté un hématome sous-cutané sans gravité, 48 heures après l'intervention.

APPAREILLAGE DE CONTENTION

Chez Mme M... (obs. I), le Dr Dufourmentel a fait suivre immédiatement l'intervention d'un appareillage intra-buccal de contention. Il a pour but de maintenir le moignon articulaire au contact du ménisque ou dans la cavité glénoïde si le ménisque a été énucléé.

On le réservera aux cas où l'on craindrait des tiraillements sur la capsule ou une luxation en avant. Cet appareillage doit remplir trois conditions essentielles :

- Traction continue en arrière et en haut, de l'hémi-maxillaire opéré.

- Liberté complète des mouvements physiologiques.

- Conservation de l'engrènement dentaire normal.

L'appareillage posé chez Mme M..., est le même que décrit Bureau dans son traitement du prognathisme, mais avec traction unilatérale simplement.

Deux gouttières sont estampées avant l'opération d'après les moulages des arcades dentaires. Elles s'appliquent exactement sur les dents en laissant libres les faces triturantes.

La gouttière inférieure est munie d'un crochet sur la face jugale, au niveau des prémolaires, du côté de la résection. Un crochet identique est fixé au niveau de la dernière molaire du même côté, sur la gouttière supérieure.

Après l'intervention, il suffit de sceller les gouttières et de réunir les crochets par un élastique tendu. Tous les mouvements sont libres et il est recommandé au patient de mobiliser sa mâchoire. Cet appareil, peu gênant, est laissé en place trois semaines.

Dans les cures d'ankylose sans interposition de cartilage articulaire, la mobilisation continue et automatique par la méthode du Dr Darcissac est absolument nécessaire. Ici la mobilisation spontanée est suffisante.

RÉSULTATS OBTENUS

Les deux malades (I et II) opérés depuis quatre mois et deux mois et demi, ont actuellement un visage tout à fait normal. Porteurs d'une cicatrice discrète, en partie cachée par les cheveux, ils broient leurs aliments comme tout le monde, sans gêne ni douleur.

La déviation a disparu ainsi que les craquements articulaires. L'ouverture de la mâchoire a une amplitude normale ; les mouvements de diduction ne sont plus gênés.

Le recul du temps manque évidemment et l'on peut objecter qu'une ankylose peut survenir. Mais déjà un bon nombre de résections bi-condyliennes ont été pratiquées par le Dr Dufourmentel chez des prognates, sans complications lointaines ; pourtant dans ces cas les chances d'ankylose seraient doubles et l'on n'en a pas vu se produire.

Humphry de son côté n'avait pas noté de raideur articulaire après 9 mois (obs. III).

Ces précédents opératoires garantissent la durée des résultats.

EXAMEN DES CONDYLES RÉSÉQUÉS

Malgré l'étroite voie d'accès et l'hémorragie assez abondante, il a été facile de constater au cours des deux interventions, que la capsule fibreuse, la synoviale et les ligaments étaient sains.

La cavité glénoïde était moins profonde que d'habitude, mais sans érosion ni arthrophytes. Le ménisque était aplati et aminci dans les deux cas.

Quant aux condyles réséqués, on a pu à loisir les exa-



Fig. 5.

Un condyle réséqué, fixé sur le schéma d'une branche montante normale, pour le représenter tel qu'il était chez Mme M... (obs. I.)

miner. Ils sont trois fois plus volumineux que des condyles sains ; leur forme générale est très modifiée : l'un d'eux est à peu près ovoïde ; son grand axe est antéro-postérieur. La partie antérieure qui dépasse largement le col est recouverte d'un paquet de petits ostéophytes serrés donnant un « aspect framboisé » (Dufourmentel). Le cartilage fait défaut dans la moitié antérieure.

L'autre a la forme d'une pyramide à base supérieure articulaire ; son cartilage est légèrement concave dans son ensemble et présente une érosion superficielle un peu en avant de sa partie centrale. On note quelques aspérités osseuses très fines à son pourtour.

Ce dernier condyle a une forme très anormale, mais

moins tourmentée que celle du premier ; il est aussi plus lisse. On doit remarquer à ce propos que c'est lui qui a donné les signes cliniques les plus frustes (obs. II).

En coupe, il présente un cartilage d'épaisseur sensiblement normale, tapissant un tissu osseux très homogène et sans lacunes ni zones plus denses. A sa partie postérieure un effondrement des travées osseuses s'est produit sous la pression du davier au moment de l'extirpation. Nous nous demandons, d'autre part, si ce davier est complètement étranger aux éraillures du cartilage, constatées sur les deux pièces : érosions à la partie antérieure du cartilage, effondrement du tissu spongieux en arrière, cela rappelle la position des mors serrant solidement la pièce osseuse au cours de l'extirpation.

Aussi nous serons prudents dans nos conclusions sur les lésions enregistrées.

Note. — Il nous paraît intéressant d'ajouter ici qu'il existe au Musée Dupuytren, sous la rubrique : " 1070 N. Ostéite hypertrophiante de la mandibule d'origine inconnue ", un maxillaire dont les deux condyles sont augmentés de volume ; leur hypertrophie assez régulière leur donne une forme pyramidale. Quant au corps même de l'os, il est boursoufflé, surtout au niveau de son bord inférieur.

DISCUSSION ÉTIOLOGIQUE

Il serait très important pour l'avenir de pouvoir déterminer la cause exacte des déformations articulaires que nous venons d'analyser. Elles sont progressives et par conséquent, dépistées au début de leur évolution, elles pourraient sans doute être traitées efficacement, sans avoir recours à l'intervention sanglante.

Nous nous efforçons maintenant de classer le cas de nos trois malades dans le cadre de la pathologie articulaire et péri-articulaire.

Nous essaierons de faire un diagnostic étiologique plausible en nous basant à la fois sur les données de la clinique et sur l'examen des lésions.

Les affections que nous allons passer en revue ont été, dans l'ensemble, parfaitement étudiées au niveau des grosses articulations comme nous l'avons déjà dit ; mais nous avons trouvé peu de documents concernant spécialement l'articulation temporo-maxillaire.

Nous éliminerons d'emblée les **tumeurs osseuses** (sarcomes, chondromes, fibro-chondromes) et les **arthropathies tuberculeuses** (forme hyperostosante sèche avec gangue capsulaire dure).

Il faut écarter aussi les **arthropathies d'origine nerveuse**, tabétiques et syringomyéliques, à types hypertrophiques, avec leur cortège de symptômes si spéciaux : douleurs fulgurantes du tabès, troubles sensitifs et trophiques de la syringomyélie, friabilité des os dans les deux cas. L'envahissement en masse de la synoviale articulaire qui se trouve blindée de dépôts clacaires et de plaques osseuses suffirait à les faire éliminer. En outre, on les trouve chez des sujets ayant atteint la quarantaine.

Krivine a décrit dans sa thèse une forme de fracture du

maxillaire inférieur sans aucun déplacement : la fracture sous-condylienne basse, fréquemment méconnue et dont le diagnostic est purement radiologique. Après des signes de simple contusion, elle peut donner, dans les jours qui suivent le traumatisme, une légère arthrite temporo maxillaire qui disparaît dans les quinze jours.

Ne serions-nous pas en présence d'une **réaction ostéo-articulaire post-traumatique** ?

Les malades toujours prolixes quand il s'agit de chutes et de coups, ont nié absolument se souvenir de quoi que ce soit. Nous rejetons donc cette hypothèse.

Nous citerons, sans nous y arrêter, à titre documentaire, les nodosités décrites par Héderden, en 1804, que l'on trouve surtout chez les vieillards, mais aussi chez les jeunes, au niveau de la troisième articulation phalangienne des doigts. Nos épiphysites temporo-maxillaires présentent comme elles un épaissement, une « soufflure » avec des crochets ostéophytiques. Ces nodosités d'Héderden sont dures, irrégulièrement mamelonnées. Au point de vue clinique, elles tiennent du rhumatisme chronique et de la goutte (douleurs par crises, avec rougeurs et tuméfactions passagères).

Le rhumatisme blennorrhagique. — Nous nous sommes demandé si le gonocoque pouvait donner un tableau clinique aussi insidieux que celui présenté par nos malades, avec des lésions analogues. Duplay et Brun ont bien noté la tuméfaction des épiphyses avec hypérostoses et gêne fonctionnelle, mais la sclérose articulaire et péri-articulaire avec tendance marquée à l'ankylose, reste la principale caractéristique du rhumatisme blennorrhagique. Enfin, il y a toujours dans cette affection des phases plus ou moins aiguës. La métrite suspecte enregistrée dans l'obs. I, avait fait penser à ce diagnostic, mais nous ne devons la considérer que comme une simple coïncidence.

Le diagnostic d'**arthrite sèche** (ou rhumatisme mono-articulaire déformant) est très tentant.

Le début est insidieux et marqué par une phase de douleurs vagues avec léger gonflement ; puis, commence la période de déformation (hypertrophie ou atrophie). Les lésions consistent en une usure centrale du cartilage arti-

culaire au point de frottement et en une hypertrophie péri-chondrale.

Mais on trouve un épaississement synovial dans tous les cas et l'articulation est douloureuse à la pression : ce qui n'existe pas chez nos malades. Leur âge non plus (21, 24 et 25 ans) n'est pas en faveur du rhumatisme déformant.

Les deux Wassermann positifs de nos malades nous ont un peu surpris. Cet examen avait d'abord été demandé à tout hasard chez D... (obs. II). Son résultat positif nous a engagé à convoquer M^{me} M... (obs. I) déjà opérée depuis quelque temps pour lui faire aussi une prise de sang. Nous nous attendions peu à ces résultats, car l'examen général ne nous avait pas mis du tout sur la voie. Depuis, nous avons revu les opérés plusieurs fois, sans apprendre quoi que ce soit de nouveau en ce qui touche leur état général.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons nous demander s'il ne s'agit par d'**arthropathies syphilitiques** : il faut éliminer d'office toutes les arthralgies, hydrarthroses et synovites secondaires, ainsi que les exostoses diaphysaires de la même période, qui sont douloureuses en général. C'est seulement au cours de la période tertiaire que l'on trouve des arthropathies chroniques sans lésions de la synoviale. Nous étudierons tout à l'heure les lésions dues à la syphilis héréditaire.

Pour la syphilis acquise, l'ostéo-arthrite tertiaire est la seule qui puisse retenir notre attention ; on la trouve dans la littérature sous bien des noms (pseudo-tumeur blanche tertiaire de Fournier, arthropathie tertiaire déformante de Méricamp, ostéo-chondro-arthropathie tertiaire de Lesné et Langle). C'est ce dernier terme qui semble correspondre le mieux aux troubles articulaires observés.

Sur 51 arthropathies tertiaires, Fournier en a compté deux à l'articulation temporo-maxillaire, mais nous n'avons pu en trouver la description. Les 49 autres cas portaient sur les grosses articulations (29 sur le coude).

En général, on peut distinguer dans leur évolution une période d'ostéite avec douleur nocturne comme seul signe, une phase d'hypérostose et enfin une troisième d'hydarthrose. A la période d'hypérostose, on sent une tumeur

« tout en os », très dure, indolente et donnant peu de troubles fonctionnels. Elle est formée d'un « bloc d'une seule venue » (Fournier).

La synoviale est intacte ainsi que la région péri-articulaire. A part les douleurs nocturnes, cet exposé correspond à ce que nous avons observé, mais par contre, il n'y a pas dans ces arthropathies tertiaires d'ostéophytes autour du cartilage ; l'os est poli et on trouve une gomme intra-épiphyssaire, ce que nous n'avons pas constaté.

Les lésions presque exclusivement osseuses, l'indolence de leur évolution, l'âge des malades et les résultats positifs des réactions de Wassermann sont nettement en faveur de l'ostéo-chondro-arthropathie tertiaire. Mais les érosions du cartilage, les ostéophytes que nous avons notés sont au contraire en faveur de l'arthrite sèche.

L'ostéo-arthropathie déformante syphilitique héréditaire, bien isolée par Méricamp, se manifeste entre 7 et 28 ans, par des signes analogues à ceux de l'arthrite tertiaire, mais on constate une « sorte de végétation » qui « bourgeonne à l'aventure, donne naissance à des saillies, à des mamelons, à des apophyses osseuses dont la situation, le volume, et la forme sont susceptibles de toutes les bizarreries possibles » (Fournier). Pas de réaction périarticulaire.

Somme toute, nous nous arrêterions à ce dernier diagnostic d'ostéo-arthropathie déformante héréditaire tardive si nous avions trouvé des stigmates chez nos patients ; n'en ayant pas constaté, nous concluons seulement à une possibilité.

OBSERVATIONS

Observation I

(Docteur Dufourmentel — *Société des Chirugiens de Paris*,
4 février 1927)

M^{me} R. M..., 24 ans, nous est adressée le 10 janvier à l'Hôpital Lariboisière par M. Ladagne, de l'Ecole Dentaire de France, pour une déviation irréductible de la mâchoire inférieure.

On constate en effet que la mandibule est en totalité déportée vers la droite. La déformation est très apparente et détermine une gêne marquée de la mastication et de la phonation.

Voici d'ailleurs (fig. 4, page 12), un moulage des arcades dentaires avant l'opération. La valeur documentaire de ce moulage est supérieure à une photographie prise sur la malade elle-même. Celle-ci pourrait en effet consciemment ou non placer ses dents en dehors de leur position habituelle et modifier, en plus ou en moins, la valeur démonstrative de la photographie.

Sur le moulage au contraire, les arcades dentaires entièrement visibles, ne peuvent trouver leur contact habituel que dans une seule position, position facilement vérifiable. De plus, on y peut apprécier tous les détails de la malformation.

L'interligne interincisif médian est décalé de 10 millimètres d'avant en arrière. Une béance irréductible de 3 à 4 millimètres, sépare d'avant en arrière les incisives supérieures des inférieures. Il en résulte un prognathisme très net qui achève de troubler l'articulé dentaire et le profil de la malade.

L'examen fonctionnel montrait que les mouvements étaient sensiblement normaux en étendue, mais modifiés en direction : la mâchoire en s'abaissant mettait en évidence la déviation du menton.

L'examen de l'articulation temporo-maxillaire du côté gauche, ne permettait guère de soupçonner une déformation. Mais dans les mouvements, on percevait à la palpation un frottement, presque un grincement des surfaces articulaires, tout au moins dans les mouvements d'une certaine amplitude.

L'histoire de la maladie se réduisait à ceci : vers l'âge de 18 ans, la malade avait ressenti des craquements dans l'articulation temporo-maxillaire gauche. Les mouvements étaient légèrement douloureux, puis tout avait semblé rentrer dans l'ordre au point de vue articulaire, cependant que la mâchoire se déviait vers la droite et se projetait en avant.

Après quelques mois, la déviation était manifeste et les craquements devenaient de moins en moins intenses.

Aucun autre symptôme local, ou régional, ne peut être décelé. Du côté des arcades dentaires, rien d'anormal ne s'est passé. On ne peut trouver à ce niveau aucune des causes qui peuvent réagir sur l'articulation temporo-maxillaire : chute, avulsion prématurée de dents, et en particulier de la dent de 6 ans ; malposition ou contact défectueux, port d'appareils imparfaitement équilibrés, etc... D'autre part, aucun traumatisme, aucune affection de voisinage auriculaire, parotidienne, sinusale ou autre n'a jamais existé. Au point de vue général, on ne peut déceler aucune maladie aiguë, aucune crise rhumatismale, aucune diathèse, qui puisse être incriminée.

Un seul symptôme est à noter : la malade avait, à ce moment, des pertes abondantes et était traitée pour métrite (1).

On peut donc établir la succession des faits de la manière suivante : arthrite subaiguë prolongée, déformation progressive des surfaces articulaires. Déviation lente par abaissement et propulsion du maxillaire inférieur.

L'examen radiographique confirme ces prévisions. On constate en effet que l'articulation temporo-maxillaire gauche est le siège de modifications importantes. Le condyle est considérablement augmenté de volume. Il est allongé dans le sens antéro-postérieur de façon à former dans son ensemble une masse en forme de bec de flûte. Son volume total est d'environ le triple du volume d'un condyle normal.

La surface articulaire temporale est, elle aussi, profondément modifiée. La cavité glénoïde est à peu près complètement nivelée. La saillie du condyle temporal est effacée. On peut aisément mesurer l'importance des modifications subies en comparant la distance qui sépare l'apophyse coronoïde du temporal à droite et à gauche.

On décide en conséquence de pratiquer la résection du condyle suivant la méthode que j'ai depuis longtemps décrite pour le traitement des déviations et du prognathisme.

L'opération est pratiquée le 19 janvier 1927. L'articulation temporo-maxillaire est découverte par l'incision habituelle et le condyle mis à nu permet de constater la déformation que la radiographie faisait prévoir. (fig. 5, page 20) On se rend compte dès que l'amputation condylienne est faite, que la mâchoire peut être aisément réduite et ramenée dans sa position normale. La capsule articulaire est diminuée et suturée et la plaie cutanée est refermée.

Les suites opératoires furent comme dans tous les cas extrêmement simples. La malade quitta l'hôpital dès le troisième jour.

(1) Quelque temps après, le Wassermann a été trouvé positif.

Observation II

(Personnelle ; recueillie dans le service de M. le Professeur Sebileau)

R. D..., âgé de 25 ans, chaudronnier en fer au Métropolitain, est envoyé à la consultation de Lariboisière par le Médecin de la Compagnie.

Son maxillaire inférieur est dévié nettement dans son ensemble, vers le côté droit, et présente un prognathisme notable. Le bord inférieur et l'angle gauche sont abaissés.

En occlusion, les lèvres écartées laissent voir la ligne médiane interincisive du bas, vis-à-vis de l'incisive latérale supérieure droite (fig. 1, page 8).

Il y a une béance de 4 à 5 millimètres entre les deux groupes incisifs du haut et du bas. Cette béance antéro-postérieure, liée au prognathisme, est invisible de face. Plus en arrière, en écartant les joues on constate que les molaires droites « articulent en inverse » et que celles de gauche n'articulent pas du tout.

Les mouvements mandibulaires ont une amplitude normale et sont indolores ; ils exagèrent la déviation.

La palpation ne décèle aucun craquement articulaire, le malade n'en perçoit pas non plus.

On note une saillie anormale du condyle gauche qui semble très augmenté de volume, spécialement dans le sens antéro-postérieur. La distance qui sépare le zygoma de l'angle du maxillaire est d'environ 8 centimètres à droite, et de 10 à gauche.

Actuellement, ce malade ne présente donc aucun signe clinique d'arthrite. Il déclare n'avoir jamais souffert. Jamais il n'a vu le moindre gonflement ni perçu le plus léger craquement articulaire.

Vers la fin du mois de novembre dernier, il a constaté pour la première fois, des troubles de la mastication ; il a vu son maxillaire se porter progressivement vers la droite, en même temps que s'installait le prognathisme.

Il n'a pas cessé de mastiquer toutes sortes d'aliments, mais avec une difficulté croissante. Il « mange de biais », nous dit-il. La phonation est troublée.

Dans les dernières semaines, il ressentait des tiraillements dans l'articulation temporo-maxillaire droite, c'est-à-dire du côté opposé à la lésion soupçonnée.

Des photographies de lui, prises il y a plus d'un an, montrent que son menton était déjà légèrement dévié à cette époque ; déviation qui était alors passée inaperçue.

R. D..., affirme n'avoir jamais été malade. Il ne se souvient d'aucun traumatisme facial. Un examen général de cet homme petit, mais bien bâti, ne révèle rien.

Wassermann positif ; aucun signe clinique de spécificité.

La radiographie confirme les données de la clinique : le cliché de face surtout est intéressant, car on y peut comparer les deux condyles et les deux branches montantes (voir fig. II, page 9).

La résection du condyle gauche est pratiquée sous anesthésie locale, le 22 février, par le Dr Dufourmentel. La déviation et le prognathisme sont réduits.

Une béance verticale de 2 millimètres entre les deux groupes incisifs, a remplacé celle du prognathisme, nous la voyons s'atténuer rapidement les jours suivants.

A noter : un petit hématome sous-cutané quatre jours après l'intervention.

Le malade sort de l'hôpital le 24 février. Nous l'avons revu depuis ; il mange sans être gêné. La physionomie est normale.

Observation III

(Humphry; rapportée par Deramé dans sa thèse (obs. XV)

Une jeune femme de 21 ans fut admise en juillet 1854 pour une déformation particulière de la face. Le menton était dévié du côté gauche, bien plus qu'il n'est possible de le faire dans les circonstances ordinaires ; cette infirmité était causée par le déplacement de la mâchoire inférieure, déplacement latéral et oblique : le bord et l'angle droit de la mâchoire se trouvaient sur un plan inférieur à celui du côté gauche, et lorsqu'elle essayait de rectifier la position, le menton et le bord gauche étaient projetés en avant.

Il existait une légère saillie au côté droit de la joue, saillie formée par le condyle, plus proéminent qu'à l'état naturel, et situé un peu en avant de sa position normale. Elle pouvait ouvrir sa bouche facilement et la fermer avec un sourd crépitement dans l'articulation temporo-maxillaire, crépitement ressenti par la malade, et perceptible au doigt.

Il y a deux ans que sa mère s'est aperçue du début de cette déviation de la mâchoire, qui augmente graduellement, accompagnée de quelques douleurs assez vives : la crépitation n'a apparu que depuis dix mois environ.

Il n'était pas facile de connaître la nature exacte de ce cas : mais il semblait naturel de supposer que la torsion était causée par l'élargissement du condyle droit qui se trouvait situé sur la crête qui separe la cavité glénoïde en deux parties.

La difformité s'accroissant, et la gêne avec elle, la face étant complètement déviée de l'autre côté, la malade était incapable de broyer sa nourriture.

Au milieu d'octobre, je proposai d'exciser le condyle du côté droit, dans l'espoir de placer le maxillaire inférieur dans une bonne

position, et une pseudarthrose étant obtenue, de faire disparaître la crépitation et de lui faciliter les mouvements.

Je fis une incision curviligne, de l'apophyse zygomatique à l'oreille, passant un peu au-dessous de l'articulation et un peu au-dessus de la ligne de la branche orbiculaire du facial; une seconde incision de la terminaison de la première, directement en haut vers l'œil, à travers l'apophyse zygomatique et ménageant l'artère temporale. Le lambeau ainsi fait, fut rabattu, et par une petite dissection, le condyle apparut : un espace suffisant ayant été dégagé pour passer une scie étroite, il fut possible de le séparer d'avant en arrière. Cela dura quelque temps, le condyle était épais, l'os dur et l'espace pour travailler petit ; la section faite, le condyle fut saisi par une forte pince, et tordu sur lui-même, ses dernières connexions coupées avec un bistouri.

Mais en examinant l'os enlevé, nous vîmes que nous n'en avions pas enlevé assez pour que le maxillaire pût être remis dans une bonne position. Je réappliquai la scie et j'enlevai toute la partie condylienne avec ses insertions au muscle ptérygoïdien. Je pus ainsi ramener la mâchoire dans une meilleure position ; les deux bords de la mâchoire se trouvaient dans une bonne situation et les incisives inférieures correspondaient aux supérieures.

L'opération réalisa toutes nos espérances, j'appliquai des points de sutures. Le nerf facial et le nerf temporal étaient intacts. La plaie se cicatrisa tranquillement et rapidement ; l'articulation resta dans une bonne position, la difformité avait complètement disparu. La jeune fille fut capable de bien mastiquer sa nourriture sans difficultés ni inconvénients. Neuf mois après elle continuait à se bien porter.

CONCLUSIONS

Nous avons examiné deux malades âgés de 24 et 25 ans, atteints de déviation latérale irréductible du maxillaire inférieur. Nous avons pu retrouver une autre observation identique dans la thèse de Déramé (observation de Humphry).

Ce latérognathisme était dû à l'hypertrophie de l'un des condyles ; hypertrophie décelée par la palpation et confirmée par la radiographie.

Le maxillaire était dévié du côté sain et projeté en avant, le bord inférieur du côté malade était abaissé.

L'affection avait évolué en un laps de temps variant suivant les malades de deux à six ans.

Chez deux d'entre eux, l'évolution a commencé par une phase douloureuse subaiguë, suivie d'une période d'indolence complète pendant laquelle la déviation s'est installée.

La progression des lésions, la difficulté éprouvée par le malade pour se nourrir et parler, et l'irréductibilité de la déviation ont paru des motifs suffisants pour intervenir sur l'épiphyse malade. L'opération a consisté, après des mensurations faciles préalables, à réséquer le condyle déformé et à en modeler un nouveau aux dépens de la branche montante.

Cette intervention a été décrite déjà par Bureau dans sa thèse (en 1921), sur le traitement du prognathisme.

Nous ajouterons seulement un perfectionnement de la technique qui consiste à sectionner le condyle à l'aide d'une fraise montée sur un tour électrique. Ce procédé est le plus rapide et le plus commode pour opérer en profondeur par une voie d'accès forcément étroite.

Un appareillage de contention intra-buccal peut être utile après l'intervention. Il sera laissé en place trois semaines et doit remplir les conditions suivantes :

— Maintenir en haut et en arrière le moignon articulaire ;

— Laisser libres les mouvements spontanés de la mâchoire inférieure ;

— Ne pas gêner l'engrènement des deux arcades dentaires.

Les résultats esthétiques et fonctionnels sont parfaits : les mouvements de la mandibule ont une amplitude normale et la déviation est parfaitement réduite.

De l'examen des malades et de l'étude des pièces anatomiques, on peut conclure qu'il peut s'agir d'ostéo-arthropathies déformantes, dues sans doute à la syphilis héréditaire. Nous ne pouvons l'affirmer cependant avec certitude, d'autant plus que les condyles réséqués portent certaines lésions (érosions du cartilage) comparables à celles de l'arthrite sèche.

Nous avons tenu aussi à discuter le diagnostic d'ostéoarthrite tertiaire.

Il serait intéressant de pouvoir à l'avenir dépister ces déviations progressives à leur début, alors qu'un traitement médical et orthodontique pourrait être efficace.

Le traitement chirurgical sera réservé aux lésions absolument irréductibles. L'opération actuellement bien réglée par les travaux du Dr Dufourmentel donne d'ailleurs un résultat immédiat sans rançon fonctionnelle ni même esthétique.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Achard. — Syndrome anatomo-clinique et traitement de la contracture du ptérygoïdien externe. — *Rapport mensuel du centre de Stomatologie de la XVII^e Région.* Mai-Juin 1918.

Achard et Maurel. — Les latéro-déviation du maxillaire inférieur sans solution de continuité ni luxation de la mandibule dans les blessures temporo-maxillo-faciales. — *Marseille Médical.* Août 1917.

Babonneix. — Rachitisme, in *Maladies de la Nutrition.* — Debove et Achard.

Berger. — Du traitement chirurgical du prognathisme. — Thèse de Lyon 1897.

Bouilly. — Comparaison des arthropathies rhumatismales scrofulieuses et syphilitiques. — Thèse d'agrégation, Paris 1878.

Brunet. — L'hérédo-syphilis et le système maxillo-dentaire. — Thèse Paris 1902.

Bureau. — Le traitement chirurgical du prognathisme par la résection des condyles. — Thèse Paris 1921.

Cavalié. — Déviations paradoxales du maxillaire inférieur. — *Bulletin mensuel de la réunion dentaire militaire de Bordeaux.* Janvier 1917.

Danjou. — Contribution à l'étude clinique des ostéo-arthropathies déformantes dans la syphilis héréditaire. Paris, Thèse 1887.

Darcissac. — La mobilisation physiologique et permanente du maxillaire inférieur en chirurgie maxillo-faciale. — Thèse Paris 1921 (Legrand).

Deramé. — De l'ankylose temporo-maxillaire. — Thèse Paris 1898.

Dieulafé et Achard. — Désinsertion d'un ptérygoïdien externe pour obvier à un trismus compliqué de latéro-déviation. — *La restauration maxillo-faciale.* Janvier 1919.

Dufourmentel. — Le traitement chirurgical du prognathisme. — *Presse Médicale,* 23 Mars 1921.

Dufourmentel. — Etat actuel de la chirurgie de l'articulation temporo-maxillaire. — *Société française d'orthopédie dento-faciale.* III. 1924.

Dufourmentel. — Déviation irréductible de la mâchoire inférieure traitée par la résection orthopédique du condyle. — *Société des Chirurgiens de Paris.* 4 Février 1927.

Dufourmentel et Bonnet-Roy. — Chirurgie d'urgence des blessures de la face et du cou. — Paris 1918 (Maloine, édit.).

Dufourmentel et Frison. — Séquelles des blessures maxillo-faciales. — 1919 (Baillière, édit.).

Dujarier. — Arthrite sèche ou déformante, p. 159. Tome VII, 1909. — *Nouveau traité de chirurgie* (Le Dentu et Delbet).

Duval et Bréchet. — Chirurgie des maxillaires, p. 389. — *Traité de Stomatologie* (Gaillard et Nogué. 1911).

Fernet. — Syphilis héréditaire tardive. Manifestations osseuses et articulaires. — *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*. Tome XX, 1921. — (Sergent, Ribadeau, Dumas, Babonneix).

Fauconnier. — Etude de la morphologie maxillo-dento-faciale et des méthodes appliquées à la réduction de ces irrégularités. — Thèse, Paris 1915.

Fournier A. — Traité de la syphilis (Période tertiaire). — 1906.

Frey. — Rapports pathologiques entre l'articulation temporo-maxillaire et les dents. — *L'Odontologie*, août 1902.

Frey et Ruppe. — Pathologie de la bouche et des dents. — *Collection du Chirurgien-Dentiste* (Baillière, 1924).

Heydenrich. — Maladies de l'articulation temporo-maxillaire. — Tome IV. 1898. *Traité de Chirurgie* (Duplay et Reclus).

Imbert. — Des arthropathies syphilitiques. — *Gazette des Hôpitaux*, 18 février 1899.

Jaboulay. — Traitement chirurgical du prognathisme inférieur. — *Presse Médicale*, 1898.

Krivine. — Les fractures fermées de la région condylienne du maxillaire inférieur. — Thèse, Paris 1925.

Lacaisse. — Etude des pertes de substance latérales du maxillaire inférieur. Leur traitement par appareillage. — Thèse Paris 1927 (Ash).

Lancereaux. — Arthrite syphilitique. — *Traité historique et pratique de la syphilis*, 1873.

Lebedinsky. — Prothèse et chirurgie crânio-maxillo faciales. — (Baillière, 1918).

Lecène, Proust et Tixier. — Maladies chirurgicales des articulations. — Tome I du *Précis de Pathologie chirurgicale par les 9 Agrégés*.

Le Double. — Traité des variations des os de la face de l'homme. — Paris 1906.

Lejars. — L'intervention opératoire dans le rhumatisme chronique déformant. — *Semaine Médicale*, 18 janvier 1905.

Lesne et Langle. — Pseudo-rhumatisme infectieux et toxique. — Fasc. XXII, *Nouveau traité de Médecine* (Roger, Widal, Teissier, 1924).

Lesne et Langle. — Syphilis articulaire. — Fasc. XXII, *Nouveau traité de Médecine* (Roger, Widal, Teissier, 1924).

Magitot. — Traité des anomalies du système dentaire chez l'homme et chez les mammifères. — (Masson, 1877).

Marinesco. — Rhumatisme chronique. — *Nouveau traité de Médecine* (Roger, Widal, Teissier).

Mauclaire. — Maladies inflammatoires des articulations en général. — Tome VII. *Nouveau traité de Chirurgie* (Le Dentu et Delbet, 1909).

Maurel. — Contribution à l'étude des blessures maxillo-faciales. Les déviations du maxillaire inférieur indépendantes des fractures ou luxations de la mandibule. — Thèse Paris 1919.

Métayer. — Les manifestations articulaires de la syphilis héréditaire tardive. — Thèse Paris 1904.

Milian. — Maladies des os. — *Traité de médecine et de thérapeutique* (Gilbert et Fournier).

Morestin. — Chirurgie générale des articulations. — *Bibliothèque de chirurgie contemporaine* (Ricard et Rochard) (Doin, 1907).

Ombredanne. — Maladies des mâchoires. — XVI. *Nouveau traité de chirurgie* (Le Dentu-Delbet, 1909).

Pascalidés. — Tumeurs blanches syphilitiques. — Thèse Paris, 1905.

Rebeyrolle. — Contribution à l'étude de la syphilis osseuse héréditaire tardive dans ses manifestations épiphysaires et articulaires. — Thèse Paris 1902.

Sebileau et Dufourmentel. — Suites éloignées des fractures balistiques de la mâchoire inférieure. — *VII^e conférence chirurgicale interalliée*, Val de Grâce, Juillet 1920 (Lavauzelle).

Toussaint. — Des arthrophytes et de leurs rapports avec les diathèses rhumatismales scrofuleuses et syphilitiques. — Thèse Paris, 1901.

Vève. — Malformations et lésions dentaires chez les rachitiques. — Thèse Paris 1902.

Vu : *Le Président de Thèse*,
Sebileau.

Vu : *Le Doyen*,
Roger.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Charlety.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	I
Définition. — Généralités.....	3
Différentes causes de déviations.....	4
Etude clinique des déviations d'origine articulaire.....	7
Différentes déformations articulaires.....	11
Traitement chirurgical.....	14
Technique de la résection orthopédique du condyle.....	16
Appareillage de contention.....	18
Résultats obtenus.....	19
Examen des condyles réséqués.....	20
Discussion étiologique.....	22
Observations	27
Conclusions	33
Index bibliographique.....	35

